Zur Geschichte

der

Isolierung von Geisteskranken.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

kgl. bayer. Friedrich-Alexanders-Universität Erlangen

vorgelegt von

Hans Gückel

aus Bamberg.

Tag der mündlichen Prüfung: 2. August 1905.

Erlangen.

K. b. Hof- und Univ.-Buchdruckerei von Junge & Sohn.

1906.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Erlangen.

Referent: Herr Professor Dr. Specht.

Dekan: Herr Professor Dr. Penzoldt.

Zur Geschichte der Isolierung von Geisteskranken.

Die therapeutischen Bestrebungen in der Psychiatrie befinden sich seit den Reformen, die wir namentlich auf die Empfehlungen von Griesinger, Westphal, Ludwig Meyer, Jolly, an das Schlagwort vom No restraint anzuknüpfen gewohnt sind, in einem lebhaften Fluss und namentlich in den letzten Jahrzehnten nahmen Abhandlungen über die Behandlung von Geistesgestörten, insbesondere von unruhigen Geisteskranken in der Fachliteratur einen breiten Raum ein, so daß das Wort eines Psychiaters zu Recht besteht, daß die Psychiatrie in den letzten fünfundzwanzig Jahren des vorigen Jahrhunderts mehr gefördert wurde als während der menschlichen Kultur überhaupt. Die Verkündigung der Menschenrechte trat in Wechselbeziehung mit einer jung aufblühenden naturwissenschaftlichen Empirik, um die Lage der Geistesgestörten zu bessern. Aus den Narren wurden Geisteskranke, das Mitleid wurde zum System, und die Irrenärzte wetteiferten, die Sünden vergangener Tage an ihren Schutzbefohlenen wieder gut zu machen. Es verschwanden die berüchtigten Narrentürme und Reservoirs, es fielen die Ketten und an ihre Stelle traten Jacken und Riemen, Drehstühle, Zwangsbetten (Klinke), die Autenriethsche Maske, die Göttinger Jacke, das Tretrad, die Sackschwebe, die Drehschreibe und wie die mechanischen Beschränkungsmittel alle hießen. Auch sie gehören heute der Geschichte an.

„Wir verdanken die Beseitigung des Vorurteils, daß man ohne reichliche Anwendung von Zwangsmitteln, wenn auch in gemildeter Form bei der Behandlung von Geisteskranken nicht auskommen könne, dem englischen Irrenarzte Conolly, dessen Energie es gelang, die Behandlung ohne alle Zwangsmittel durchzuführen und dessen Buch vom No restraint, das Evangelium geworden ist, dessen allmähliche, freilich manchem Widerstand begegnende Ausführungen die psychiatrischen Bestrebungen der zweiten Hälfte des Jahrhunderts kennzeichnet“ (Jolly).[1])

Freilich andere namhafte deutsche Psychiater, ich nenne unter vielen nur Dick, Hergt und Lähr dachten über den Einfluß Conollys auf die Entwicklung der deutschen Psychiatrie weniger sanguinisch. Sie sprechen ihm für seine Theorien die genügende Eigenerfahrung ab, werfen ihm Unkenntnis deutscher Verhältnisse vor und bestreiten vor allen Dingen, daß damals in Deutschland dieselben verlodderten Verhältnisse in der Irrenpflege bestanden, wie sie in England als Voraussetzung und geeignete Folie für das ethische Heroentum Conollys herhalten mußten. Lähr[2]) beginnt seine biographischen Notizen über Conolly damit: „Ein von dem edelsten Streben erfüllter Arzt Conolly, der ein wechselvolles Leben geführt, viel geschrieben, nirgends zu einer andauernden Tätigkeit gekommen war, trat die Direktion an einer der größten Irrenanstalten an, ohne sich nach deutschen Begriffen dazu vorbereitet zu haben. Schon nach zwei Monaten dekretierte er, daß nie mehr mechanischer Zwang angewendet werden dürfe. Vier Jahre hat er die Direktion fortgeführt, sie dann niedergelegt.“ — Freilich vollzog sich dieser Reinigungsprozeß nicht übernacht und Jahrzehnte vergingen mit seiner Entwicklung. Denn die genannten Zwangsrequisiten, die mit dem Inventar einer Folterkammer verzweifelte Ähnlichkeit boten, waren nicht

grausam erfinderischen Folterknechten eingefallen, sondern fanden ihre geistige Stütze und nachhaltige Deckung in den besten Köpfen jener Tage. Die einen sahen in den Geisteskranken Spielbälle heftiger Leidenschaften und unwiderstehlicher Triebe und ließen sich in der Behandlung von moraltheologischen Erwägungen leiten, die andern ließen sich führen von dem nach-Kantschen Idealismus der zeitgenössischen Naturphilosophie, die darauf ausging die gesamte reale Welt als eine Entwicklung des in logischer Folgerichtigkeit fortschreitenden Gedankens zu begreifen. Dieser Richtung mußten vor allem paranoische Zustände ein Dorn im Auge sein; man ging gegen sie mit dem Rüstzeug der Dialektik vor, legte den Geisteskranken sophistische Schlingen, und wenn alles nichts fruchtete, erwartete man Hilfe von den genannten Zwangsmitteln, die nur Mittel zum Zweck waren, um der Indikation einer verhängnisvollen abstrakt psychologisierenden Homöopathie zu dienen. Stolz[3]) schält aus diesen geistigen Strömungen drei Systeme heraus, die er als die religiöse, die psychologische und die ethische Schule mit ihren Repräsentanten Heinroth, Brocke und Ideler bezeichnet. Kant wies die Beschäftigung mit Geisteskranken der Domaine des Philosophen und nicht des Arztes zu.

Scholz[4]) berichtet: „Aber was hier die Rohheit der Einzelnen gesündigt, körperliche Quälereien waren zur Zeit, von der wir schreiben, in Deutschland zur wissenschaftlichen Methode erhoben worden. Vor allem war es bekanntlich der Direktor der Berliner Charité, Horn der Ältere, welcher diese Methode ausbildete, was um so merkwürdiger ist, als Horn von Haus aus ein durchaus human- und edeldenkender Mann war. Etwa ein Jahrzehnt vorher hatte der bekannte Kriminalprozeß gespielt, wo Horn der fahrlässigen Tötung angeklagt wurde. Er hatte nämlich verordnet, eine tobsüchtige Kranke, um sie zu beruhigen, in einen Sack zu

stecken. Der Zweck wurde erreicht, nur leider zu vollständig; — denn als nach einigen Stunden die beaufsichtigende Wärterin hinzutrat, fand sie eine Leiche im Sack liegen. Fast noch bemerkenswerter als dieses Ereignis ist das Gutachten, das der berühmte Reil darüber abgab. Er führte aus, um eine tobsüchtige Kranke zu beruhigen, gäbe es verschiedene Mittel, die Drehscheibe, das Aufhängen an die Wand, Stockprügel und den Sack. Der Sack aber sei das mildeste Mittel. Statt Strafe oder Tadel verdiene daher Horn vielmehr Anerkennung für seine schonende Behandlung" (Horn, der erste namhafte Psychiater, der an der Irrenabteilung der Charité tätig war, hatte seine Stelle im Jahre 1818 niedergelegt). Jolly berichtet in seiner Rede vom 22. April 1901 von Dr. Ideler, der als dirigierender Arzt an der Irrenabteilung der Charité von 1831 an damals als Privatdozent, später als Professor tätig war. „Er verblieb in dieser Stellung bis zu seinem 1860 erfolgten Tod. Er ist den Fachgenossen bekannt als ein Mann, der von den edelsten Absichten beseelt war, der aber der eigentümlichen Theorie huldigte, daß die Geisteskrankheiten aus den Leidenschaften der Menschen hervorgingen und daher vor allem einer moralisierenden mit Disziplinarmitteln wirkenden Behandlungsweise bedurften."

Die Zwangsmittel dieser Periode sind für immer in die Rumpelkammer gewandert und feiern gelegentlich noch eine geistige Auferstehung, um der regen Propaganda ultraradikaler Strömungen heute noch ein beliebtes Agitationsmaterial zu liefern.

Es kam die Periode der großen geschlossenen Anstalten (Scholz), die Idee der Trennung der Irrenanstalt in Heil- und Pflegeanstalt hatte sich Bahn gebrochen und eine neue Entwicklungsperiode trat zutage, die namentlich durch das Verdienst Damerows jetzt wieder hergestellte „relative Verbindung von Heil- und Pflegeanstalten miteinander" (Lähr).

„Die Durchführung des No restraint Systems, das nicht nur ein negatives war, sondern dem die positive Seite einer viel intensiveren und eingehenderen Behandlung und Pflege der Kranken zugehört, hat die neueren Fortschritte in der Einrichtung der Anstalten gezeitigt, die am Ende des Jahrhunderts einen außerordentlichen Gegensatz nicht nur durch ihre große Zahl, sondern auch durch ihren gänzlich anderen Charakter zu den am Anfang für gut gehaltenen darstellen. Zwei Grundsätze sind es, die sich aus der freien Behandlung mit Notwendigkeit ergeben haben. Erstens Beschäftigung, Zerstreuung, Schaffung eines die Häuslichkeit ersetzenden Daseins für alle diejenigen Geisteskranken, deren Zustand nicht die Zeichen einer akuten Gehirnstörung aufweist. Zweitens Behandlung der letzteren Kategorie ganz in derselben Weise, wie man schwer körperlich Erkrankte behandelt, d. h. im Bett und mit ständiger Überwachung und Pflege. Aus dem ersten Grundsatz hat sich die Schaffung ländlicher, mit vorwiegend agrikolem Betrieb arbeitende und dadurch den Kranken die mannigfachste Form von Beschäftigung und Zerstreuung bietender Anstalten entwickelt. Der zweite Grundsatz führte zur Schaffung der Wachabteilungen, deren Einrichtungen sich heutzutage nur in wenigen Punkten von der der gewöhnlichen Krankenhäuser unterscheidet“ (Jolly).

Mit der Errichtung der Wachabteilung wurde der Grundstock des modernen Anstaltsregimes endgiltig geschaffen. Das Verdienst, die erste Wachabteilung eingeführt zu haben, gebührt Parchappe. v. Gudden[8]) referierte auf der Jahresversammlung zu Baden im September 1885 über die Einrichtung von sogenannten Überwachungsstationen. Er hält sich in der Hauptsache an die Vorschriften Parchappe's[5]), welche der Wachabteilung solche auch noch an anderen körperlichen Krankheiten leidende Seelengestörte zuweist, welche

einer beständigen Pflege bedürfen und zweitens solche Kranke, die wegen ihrer Neigung, sich das Leben zu nehmen, oder ihrer Angewöhnungen unter dauernder Aufsicht stehen sollen. Bettlägerige Kranke bedürfen nach ihm keines gesonderten Tagraums. Einzelzimmer im Anschluß an die Säle hält er für ein dringendes Bedürfnis. Pätz[6]) bestreitet zwei Jahre später auf der Naturforscherversammlung in Wiesbaden seinem unterdessen verewigten Kollegen v. Gudden die Priorität für die genannten Ausführungen. Er legt in Übereinstimmung mit v. Gudden alle sowohl aus körperlichen wie aus psychischen Gründen bettlägerigen oder der permanenten Überwachung bedürftigen Kranken zusammen; auszuschließen sind diejenigen, welche durch allzu aufgeregtes Verhalten die Ruhe des Hauses stören und dadurch das geistige Befinden der anderen Kranken beeinflussen. Kranke dieser Art gehören in einen auf einer Abteilung für unruhige Kranke besonders einzurichtenden und mit Isolierzimmern ausreichend zu versehenden Wachsaal. „Hinsichtlich dieser Indikation befinde ich mich in voller Übereinstimmung mit den Guddenschen, gehe nur etwas weiter als dieser damit, daß ich außer den körperlich Kranken nicht bloß die mit Selbstmordneigung und „üblen Angewöhnungen", wie v. Gudden sich ausdrückte, sondern überhaupt alle wegen ihres psychischen Zustandes unter ständige Aufsicht gehörigen Kranken, also alle akuten Fälle und die neuaufgenommenen Kranken in die Überwachungsstationen verweise und dieselben daher auch als Aufnahmestationen fungieren lasse." Die Einrichtungen besonderer Tagräume hält Pätz im Gegensatz zu v. Gudden für außerordentlich notwendig und unentbehrlich.

Der nächste große Fortschritt im Ausbau der Irrenpflege und der bedeutungsvollste zugleich geschah durch die prinzipielle Einführung der Bettbehandlung. Klinke[7]) berichtet in seiner Geschichte der Bettbehandlung u. a.: „Aus anti-

quarischem Interesse habe ich bereits erwähnt, daß Cälius Aurelianus (im 5. Jahrhundert) Aufregungszustände mit Bettruhe zu behandeln suchte. Esquirol kannte neben der Beschränkung nur die Isolierung als Beruhigungsmittel, ebenso finde ich bei Guislain nur Ruhe, Isolierung und Zwangsmittel empfohlen. Doch soll er nach Hagen und Brosius auch die Anwendung der Bettruhe wenigstens für die melancholischen Zustände bereits angegeben haben. Brosius versichert auch, daß bereits Conolly die Bettbehandlung gekannt habe. Griesinger empfiehlt dieselbe als passend für manche akute Melancholien mit großer Körperschwäche. Neumann erwähnt ihrer gar nicht, dagegen ferner Brosius, Erlenmeyer, Snell auch bei Tobsüchtigen, des weiteren Hergt speziell wieder für Melancholische, indem er allerdings rät, dieselben eventuell im Bett zu befestigen, sodann Fürstner bei Alkoholisten, endlich Scholz.“ Genauere Aufschlüsse und statistische Belege hierüber (Anwendung und Einführung) der Bettruhe existieren bisher nicht, und wären nur durch an sämtliche Anstalten zu richtende Fragebogen zu erreichen. An den schlesischen Anstalten war jedenfalls die allgemeine Anwendung der Bettruhe bis zum Jahre 1889 so gut wie unbekannt. Neißer knüpft an Guislain an, der in seinem schönen von Lähr übersetzten Buch in einem besonderen Kapitel „Das Bettliegen“ behandelt habe. Neißer hat auf dem internationalen Kongreß der Psychologen zu Paris im Jahre 1900 das Schlagwort „Die Bettbehandlung“ geprägt und dasselbe auf einen hohen Kurs gebracht; er belebte die Frage mit neuen geistvollen Anregungen und sein unbestrittenes Verdienst ist es, zuerst die Indikationen zu dieser Behandlung ins ungeahnte vermehrt und ihre Anwendung in zuvor nicht bekannter Weise verallgemeinert zu haben, indem er aus der Bettbehandlung als Einzelverordnung ein prinzipielles Anstalts-

regime schuf und so dieser Methode die Bedeutung verschafft hat, die sie heute besitzt. Er formulierte das Prinzip dieses Regimes dahin, daß alle Elemente, deren Haltung und äußeres Benehmen ungeordnet, erregt oder überhaupt auffällig ist, welcher Krankheitsform sie auch immer zugehören, am besten im Bett aufgehoben sind. „Sie mögen, wenn der Arzt es für angezeigt hält, zur Teilnahme an der Arbeit und Zerstreuungen, zum Gartenbesuch oder vielleicht zum Essen das Bett verlassen, aber ihr stumpfes Umherhocken oder ungeregeltes Durcheinanderwirbeln auf Korridoren und in den Anstaltsräumen ist unbedingt zu verpönen und durch die Bettruhe zu ersetzen.“ Neißer[9]) wahrt sich Scholz gegenüber die Priorität für die Aufstellung und Durchführung dieser erweiterten und vom therapeutischen Gesichtspunkte losgelösten programmatischen Forderung und kann bereits Emminghans (in Penzoldt und Stintzings Handbuch der Therapie), ferner Korsakoff, Serbski u. a. als Gewährsleute für sich in Anspruch nehmen; sie trat sofort in den Mittelpunkt moderner rationeller Irrenpflege. „Daß die Überwachungsstationen — von Parchappe an bis auf die neueste Zeit — als ein Novum, als ein Sonderding und gewissermaßen gegensätzlich zu den übrigen Einrichtungen der Anstalt haben hingestellt werden können, wird nur im Lichte historischer Entwicklung verständlich“ (Neißer). „Die Methode der Bettbehandlung sieht so einfach aus, hat so ganz und gar nichts geniales und imponierendes an sich, und doch wird sie, das ist meine feste Überzeugung, das äußere und innere unserer Irrenanstalten und unserer gesamten Irrenpflege noch gründlicher umgestalten, als wie dies einst bei der Abschaffung der Zwangsjacke der Fall gewesen.“ (Scholz.) Der Wahlspruch Griesingers, daß die Irrenanstalten in allen ihren Einrichtungen möglichst vollkommen das sein soll, was die große Menge noch immer nicht in ihr sehen will, ein Kranken-

haus, schien sich zu verwirklichen; die Bettbehandlung trat sofort als scharfe Konkurrenz den bisher geübten Behandlungsarten, von der Umänderung des gesamten Anstaltsregimes abgesehen, insbesondere der bis dahin unbestritten dominierenden Isolierung und der medikamentösen Behandlung bezw. der Darreichung narkotischer Mittel entgegen. „Die dauernde Bettruhe vermindert durch ihre eigene kalmierende Wirkung die Zahl der in diesem Sinne arzneibedürftigen Kranken. Ob bei denjenigen Elementen, welche schwer im Bett zu halten sind, Arzneimittel angewendet werden sollen, darüber kann nur von Fall zu Fall und nach individuellen Indikationen entschieden werden. Lediglich der Durchführung des Systems (Bettbehandlung) zuliebe, darf es sicher nicht geschehen," berichtet Neißer und es ließen sich die Stimmen beliebig vermehren, die darin einig sind, daß die Bettruhe ganz besonders dadurch segensreich wirkt, daß sie dem Überkonsum narkotischer Mittel in Dosierungen, welche dem üblichen Respekt vor den Maximaldosen in Irrenanstalten wenig Referenzen erwiesen, gehörige Schranken gesetzt hat. Die Beziehungen der gegenwärtig aktuellen Bäderbehandlung zur Bettbehandlung und Isolierung zu berühren, wird sich noch unten Gelegenheit finden.

Eine ganz hervorragende Bedeutung gewinnt die Bettbehandlung in ihrer Rückwirkung auf die Isolierung. Schon jetzt sei vorgreifend darauf hingewiesen, daß radikale Vorkämpfer der absolut-ausschließlichen Bettbehandlung mit der Zelle nichts schlimmeres vorhatten als mit ihr, einer rückständigen, jeder ethischen Grundlage baren Einrichtung kurzen Prozeß zu machen. Auch namhafte Psychiater, ich nenne nur Neißer und Jolly hatten damals im Elan einer neu anbrechenden Zeit der Lebensdauer der Zelle ein schlechtes Horoskop gestellt, allerdings nicht, ohne in späteren Jahren ihre Anschauungen bedeutend zu restringieren. Von nun an

stand Jahre hindurch das Thema von Bettbehandlung und Zelle in vielen Varianten bis vor kurzem fast bei jeder Psychiaterversammlung zur Diskussion. Eine Einigung in dieser Frage ist heute noch nicht erreicht, doch gestattet die Betrachtung der Auseinandersetzungen mit der Isolierung in zahlreichen, oft in die schärfsten Debatten ausklingenden, von persönlicher Animosität zuweilen nicht ganz freien Kontroversen einen intimen Einblick in das therapeutische Denken moderner Psychiatrie überhaupt, und liefert andererseits eine reiche Fülle neuen Materials.

Die Isolierung von Geisteskranken in Zellen, die man auch Einzelzimmer nennen mag, ist so alt wie die Geschichte der Psychiatrie überhaupt.

Cälius Aurelianus berichtet über Asklepiades, daß er die Sitte tadelt, den Kranken in einen dunklen Raum zu legen; denn hier werden sie von Schlaflosigkeit und Lebhaftigkeit der Sinnesbilder gequält, welche nur der kranke Geist sich schafft, weil ein äußerer Eindruck auf die Sinne nicht erfolgen kann. Ein heller Ort verhindert die Kranken, sich ganz in ihre Trugbilder zu versenken, die Macht der Seele wird durch äußere Sinnesreize geschwächt, gleichsam wie der hellste Fackelschein gegen das Tageslicht erbleicht. Falk[10]) bemerkt dazu: „Gewiß interessante therapeutische Andeutungen, auch dadurch wertvoll, daß dabei der zentrale Ursprung der Sinnestäuschungen hervorgehoben wird. — Nun erzählt Celsus, wie die Alten solche Kranke stets in ein dunkles Zimmer gelegt haben und nur Asklepiades sich gegen dieses Verhalten ausgesprochen hat. Nach der Ansicht des Celsus ist auch Asklepiades zu weit gegangen. Eines schickte sich nicht für alle, der eine Kranke bedarf hell, der andere dunkel."

Falk berichtet weiter über die Therapie bei Cälius Aurelianus, einem der spätesten Anhänger der methodischen

Schule, welcher wahrscheinlich im 5. Jahrhundert nach Chr. gelebt hat: „Von der eigentlichen arzneilichen Behandlung wird erörtert, wie man äußerlich die Kranken zu halten habe. Sie sind in einen mäßig hellen, warmen, stillen Raum zu bringen, kein Gemälde soll die Wand schmücken, die Fenster sollen nicht zu niedrig sein; es ist besser, sie zur ebenen Erde als in höhere Stockwerke zu bringen, da sehr viele in der Raserei aus dem Fenster springen wollen. Das Bett ist zu befestigen und in der Art zu plazieren, daß die Eintretenden vom Kranken nicht gesehen werden, damit nicht durch den Wechsel der Gesichter das Übel vermehrt werde; überhaupt sollen so wenige als möglich sich nahen, am wenigsten Freunde. Gegen die ausgedehnte Anwendung von Zwangsmitteln kämpft Celsus lebhaft an."

An anderer Stelle berichtet Falk: „Wir lesen einerseits bei Platon, daß man Tobende nicht auf die Straße lassen soll, andererseits setzt Cälius mit großer Gewandheit auseinander, wie es nötig ist, die Kranken von der ihnen lästigen Umgebung zu isolieren und beschreibt sogar sehr genau die Einrichtung des separaten Krankenzimmers. Doch ist es jedenfalls nur den Wohlhabenderen möglich gewesen, derartige Einrichtungen ins Werk zu setzen, außerdem aber ist selbst eine derartige Absonderung in der eigenen Behausung des Kranken doch gar kein Vergleich mit dem Aufenthalte, wie ihn in unserer Zeit die Kranken in einer Anstalt genießen. Um so mehr ist es angesichts unserer Erfahrungen über den Wert des Aufenthalts solcher Kranke in derartigen Instituten zu bewundern, daß die Alten ohne letztere zu so günstigen Erfolgen in der Therapie gelangt sind und ich muß gestehen, daß, wenn man nicht annehmen will (wozu gar kein Grund vorhanden), daß eben die Ausgänge der Geisteskrankheiten in Wahrheit sich im Gegenteil schlimmer gestalteten als in unseren Tagen, ich mir keine Erklärung für die guten Heilresultate der Alten geben kann."

Klinke berichtet aus den 40er Jahren dieses Jahrhunderts: „Vielfach glaubte man, wie auch Jakobi, daß bei Einführung des No restraint mehr Isolierungen nötig würden. Die Anschauungen, daß die Kräfte tobender Kranken nur durch Anwendung von Beschränkungsmitteln, die ihre exzessive Bewegung hindern, geschont werden könnten, war eine so fest eingewurzelte, daß uns Äußerungen, wie von Prof. Albers, daß das No restraint in schweren Fällen nutzlos, ja entschieden nachteilig wirke durch Steigerung der Heftigkeit und Verlängerung der Anfälle, oder daß es kein schädlicheres Verfahren gäbe als einen mit entzündlichen Hirnzuständen Behafteten, der in die Zelle eingesperrt, ruhig im Bett die Krankheit der Heilung entgegenführen solle, nicht wundernehmen können. In Florenz befanden sich in einem Saale gegen 40 Frauen, welche wild durcheinander tobten und schrieen, während einzelne auf Stühlen im restraint waren. Die Isolierzimmer waren eng und niedrig. Bekannt sind die Schilderungen über das Kölner Irrenwesen — Männer und Frauen waren nebeneinander in Käfigen untergebracht."

In England drängte seit den Zeiten Conollys der der Kampf gegen den Restraint d. i. gegen mechanische Beschränkungsmittel andere therapeutische Fragen in den Hintergrund. Die Isolierung wird dort nicht zu den Zwangsmitteln gerechnet, indes erfährt sie auch keine methodische Ausbildung wie bei uns in Deutschland. Die Anstaltsverhältnisse, die nicht ohne weiteres auf deutsche übertragen werden können, sind nicht ganz durchsichtig. Die Nachrichten aus jener Zeit fließen darüber spärlich und so konnten englische Anschauungen über Isolierung keinerlei Einfluß auf die deutsche Irrenpflege gewinnen. Dr. Th. Schlemm[11]) streift nur kurz in seinem Bericht über englisches Irrenwesen aus dem Jahre 1848 (referiert von Jesten) die

Zellenbehandlung. „Die Größe der Schlafsäle war durchschnittlich auf 12 Betten bestimmt und die Kommissarien haben sich für den Vorzug der Säle vor den Einzelzellen zum Schlafen entschieden. Verfasser für die von den englischen Schriftstellern gegebenen Gründe dafür und dagegen grundsätzlich auf; wir können uns aber kaum denken, daß den englischen Ärzten entgangen sein sollte, wie für einige Kranke diese, für andere jene Anordnung die bessere sei. Es wird behauptet, daß auch die für die gepolsterten Räume bestimmte Klasse von Patienten sich meistens des Nachtstuhls bediene! Verfasser fand diese meist leer, sonst hätte er vermutlich auch gegenteilige Fälle finden können; übrigens wäre wohl zu erwähnen gewesen, ob solche Räume reinlich gehalten und ob sie vor Zerstörung durch die Kranken geschützt werden können, namentlich beim Nichtzwangssystem. „Man gebraucht die gepolsterten Räume für Kranke, welche mit dem Kopf gegen die Wand laufen, für Epileptische, für solche, die sich entkleiden und sich auf den Boden legen, und für diejenigen, welche zum Selbstmord geneigt sind, wenn man ihre Absperrung für nötig erachtet". Daraus erklärt sich der seltene Gebrauch von selbst!"

Auch die Reiseskizzen von Dr. Dick[12]) geben einige Aufschlüsse über Isolierung in England. Die Zuflucht zur Seklusion für kurze Perioden hauptsächlich während der Paroxysmen von epileptischer oder mit Raserei verbundener Tobsucht sei im allgemeinen als wohltätig anerkannt; — für die mildere tobsüchtige Aufregung genüge die Isolierung in einem gewöhnlichen Aufenthalts- oder Schlafzimmer von mäßiger Größe, aus welchem alles entfernt sei, was als Werkzeug dienen könne zu Gewalttätigkeit und Zerstörung und welches sich leicht verdunkeln lasse durch verschließbare Laden. Übrigens erscheine es klar, daß die Seklusion von rauhen oder indolenten Wärtern mißbraucht werden

könne und daß dieselbe als Regel geübt, nahezu den nämlichen Einwürfen zugänglich sei, wie die strengeren Formen der mechanischen Beschränkung. — Daher dürfe sie, wenn immer notwendig, zur Beruhigung des Kranken durchaus nur mit Wissen und ausdrücklicher Billigung des Arztes angeordnet werden und dann nur für sehr beschränkte Zeitdauer". Weiter heißt es: „Wenn irgendwo, so war hier durch die Fragen der Kommissioners Veranlassung gegeben, die schwebende Materie pathologisch-wissenschaftlich zu behandeln. Von einer physio-psychologischen Untersuchung über die heilsamen oder die schädlichen Folgen einerseits der mechanischen Beschränkung krankhaft stürmischer Muskelaktion oder andererseits ihres ungestörten Ablaufes finden sich jedoch ebensowenig Anklänge als von einem tieferen Eingehen in die Natur der Wirkung der Isolierung, wodurch sie dem einen Kranken zum Bedürfnis, dem andern zur Qual und zum Schaden wird. Die Seklusion findet warme Lobredner, wiewohl die meisten ihrer als einer sehr seltenen Zuflucht gedenken. Die Dauer ihrer Anwendung ist im ganzen genommen sehr beschränkt, für wenige Minuten und Stunden, niemals permanent durch Tage hindurch. Auch Guislain (Dick dehnt seinen Bericht auch auf französische Verhältnisse aus) benützt die Isolierung nicht als Strafe, sie wird dem Kranken als Heilmittel dargestellt und um ihr diesen Eindruck zu verleihen, häufig mit Medikamenten verbunden. Als Indikationen sind im allgemeinen angegeben: Akute, insbesondere epileptische Manie, maniakalische Ausbrüche in chronischen Formen, extreme Heftigkeit, psychische Hyperästhesie. Aus disziplinären Rücksichten: Trennung der Zänker, Entfernung Lärmender, Blasphemischer, Unzüchtiger. Die Einwürfe sind: Die Seklusion ruft hervor und unterhält Onanie und unreinliche Gewohnheiten, sie steigert Gefährlichkeit, Gewalttätigkeit und

Selbstmordsucht, verschlimmert die Melancholie. Sie befördert das Versinken in Müßiggang, Verwahrlosung und Verwilderung. Sie wird endlich indirekte Quelle der Reizung, indem sie zum Verlust der Selbstbeachtung führt und dadurch der krankhaften Impression erlaubt, von der Seele ohne Kontrolle Besitz zu nehmen. —

Weiter berichtet Dick über französische Irrenanstalten. „Die Beseitigung der Zellen in Mareville hat einiges Aufsehen erregt, doch wird es den weniger überraschen, welcher überall in französischen Anstalten die Isolierung während des Tages kaum in Anwendung findet. Parchappe in seinem neuen Werk hat im Einklang damit unsere deutschen Einrichtungen mit befestigten Möbeln und Nachtstühlen als überwundenen Standpunkt bezeichnet. Der Direktor Dr. Renaudin hat die Neuerung begonnen. Er motivierte dieselben gegen mich mit der Beobachtung des täglichen Lebens, daß der Mensch in Gesellschaft sich beherrsche, ohne diesen Zügel aber seinen Leidenschaften Lauf lasse. Daher auch das forcierte Zusammenleben der Kranken in Mareville, das höchstens hie und da einen Distinguierten das Behagen des eigenen Zimmers gönnt. Wenn ich nicht irre, hat R. vergessen, daß es gerade in der Natur der Seelenstörung liegt, bisweilen alle und jede Selbstbeherrschung vorübergehend aufzuheben und wird er, durch spätere Erfahrung belehrt, seinen Verdiensten um die Gründung des „neuen Mareville“ auch noch das eines zeitgemäßen Zellenbaus nicht hinzufügen.“ Dick[13]) unterzieht im Jahre 1862 die 1860 erschiene Übersetzung des Conollyschen Buches (übersetzt von Brosius) einer scharfen Kritik. Dick kommt an der Hand eines Falles von hochgradiger Selbstmordsucht aus seiner eigenen Erfahrung neben der Empfehlung mechanischer Beschränkungsmittel auf die Isolierung als einziges Auskunftsmittel zurück. „Oft quälte ich

mich ab, eine Situation zu finden, in welcher dieser unglückliche Kranke ohne Beschränkung gedacht werden könne. Es erübrigte nur die „Isolierung des gänzlich Nackten in einem Polterzimmer“. Bei Frauen, insbesondere heilbaren oder periodisch mit länger dauernden, empfänglichen Intervallen erkrankten empfiehlt er statt Isolierung mechanische Beschränknng. „Wird ein genesenes züchtiges Mädchen uns eher verzeihen, daß wir ihre Selbstentblößung geduldet und sie darin gesehen, als wenn wir dieselbe durch einen leichten Gürtel, eine Jacke gehindert? Die Unterhosen Diamond's in Springfield aber reichen dazu nicht aus und man sollte besuchende Fachkollegen mehr schätzen, als daß man den Erfolg solcher zwerghaft läppischer Surrogate vorzutäuschen sucht.“

Klinke berichtet: In England herrsche die weitgehendste freie Behandlung, doch fiel Ripping noch 1873 die große Zahl der single rooms auf.

Um zur deutschen Psychiatrie zurückzukehren, tritt in den nächsten Jahrzehnten die Isolierung unter dem allmählichen Zurücktreten der Zwangsmittel in den Vordergrund der Behandlung unruhiger Geisteskranker. Nicht nur im Sinn einer disziplinären Maßregel wird sie gebraucht, sie reinigt sich vielmehr von ihren Auswüchsen und Mißbräuchen und mit dem Fortschritt der Theorie genügt sie immer strenger umschriebenen Indikationen und gewinnt eine allgemeine Bedeutung, so daß heutzutage keine größere Heil- oder Pflegeanstalt existiert, die nicht in der einen oder anderen Form der baulichen Anordnung eine größere Anzahl von Isolierzellen besäße.

So stellt schon Dr. L. Schlager[14]) in seiner von der kaiserlich leupoldo-karolinischen Akademie prämiierten Konkurrenzschrift im Jahre 1859 verschiedene wissenschaftliche Grundsätze über die bauliche Organisation und Handhabung

der Isolierung auf. „Als eine der wichtigsten Fragen drängte sich sodann die auf, in welcher Zahl die Plätze für die zu isolierenden Kranken bemessen werden soll? oder aber, um kurz zu sein, wie viele Isolierungsplätze bei einem Krankenstand von 200 Individuen notwendig sind. Es wurde in meinem Projekt von den Preisrichtern die Anzahl der Isolierzellen als zu hoch gegriffen für die angenommene Zahl der heilbaren Irren getadelt mit dem Beisatze, „weil das Motiv, daß die meisten Melancholici der Isolierung bedürfen, der rationellen Psychiatrik widerspreche.“ Diesen Tadel muß ich ablehnen und erlaube mir unter Benützung der für die Zahl der Isolierungszellen in meiner Konkurrenzschrift angeführten Gründe Nachstehendes kurz anzudeuten. Es ist nicht bloß eine Tatsache, die ich meiner Erfahrung entnehme, wenn ich behaupte, daß auch der melancholische Kranke einer Isolierung bedarf, die wohl nicht identisch ist mit Einzelhaft, sondern eine Absonderung des Kranken, die bloß dahin abzielt, denselben aus einer seine Sinne zu sehr erregenden Umgebung in eine ruhige, ihm zusagende zu versetzen, ein therapeutischer Grundsatz, der von keinem erfahrenen Irrenarzt in Abrede gestellt wird und den Hofrat Dr. Kieser in seinen Elementen der Psychiatrik ausdrücklich hervorhebt, indem er bemerkt, „daß bei Melancholie mit hypostasierten Gefühlsempfindungen, Abhaltung alles dessen, was das abnorme Gefühl erregt und steigert, notwendig sei, daß diese in Entfernung aller äußeren Reize bestehende beruhigende Behandlung von großer Wichtigkeit wäre und daß unangenehme Gefühle erregende Sinneseindrücke heilsam sind.“ Es mag schon hier vorgreifend eingeschaltet werden, daß die moderne Psychiatrie namentlich seit Einführung der Bettruhe melancholische Zustandsbilder als eine strenge Gegenindikation für die Isolierung hält und für sie ganz besonders die Behandlung im Wachsaal und im Bett als kunstgerecht bezeichnet hat.

Dr. Schlager fährt fort: „Daß diese Isolierung der Melancholischen, wie dies tatsächlich in so manchen Irrenanstalten geschieht, auf den Isolierabteilungen für tobsüchtig aufgeregte Kranke nicht passend sei, kann wohl kaum zweifelhaft sein, aber auch durch das Zusammensein mit bereits vollständig beruhigten Kranken ist die Vereinigung der Melancholischen in den ersten Stadien ihres Krankheitsverlaufs durchaus nicht vorteilhaft, insbesondere ist deren wöchentliche Separation von den völlig beruhigten wenigstens nach meiner Erfahrung höchst wünschenswert. Ich hielt es deshalb für notwendig, eigene, von den Tobtrakten getrennt bauliche Abteilungen für zu isolierende melancholische Kranke zu beantragen und zwei kleine Zimmer oder Zellen, die in einen gemeinschaftlichen Vorsaal münden, in welchen Abteilungen bloß solche frische Erkrankungsfälle aufgenommen werden, die nicht lärmend sind, aber den Einfluß beruhigender Isolierung bedürfen.“ Schlager nimmt sodann für sich die Priorität in Anspruch, das Ausmaß der Zahl der Isolierzellen auf die Bevölkerungszahl auf eine wissenschaftliche statistische Basis gegründet zu haben. „Zur Erbringung der approximativ richtigen Zahl der Isolierzellen für eine Irrenanstalt gelangt man nach Feststellung der Anzahl der Kranken, für welche die Anstalt bestimmt ist, auf dem Wege einer Berechnung, bei der die durchschnittliche jährliche Aufnahmsziffer der Kranken, die Ziffer der höchsten monatlichen Krankenbewegung (Krankenaufnahme), die Durchschnittszahl der Aufregungstage, sowie der Tage, durch welche wegen hervortretender Erregbarkeit des Nervensystems ein Fernhalten äußerer Reize notwendig ist, als wesentliche Faktoren in Betracht kommen. Meinen Zusammenstellungen zufolge ergibt sich als Minimum der Zeitdauer, durch welche die neu ankommenden Kranken der Isolierung bedürfen, wenigstens während der Nacht die mittlere Durchschnittszahl

von 15—16 Tagen. Dieselbe stellt sich am niedrigsten bei den infolge von Alkoholintoxikationen hervortretenden Aufregungszuständen am höchsten bei Melancholie mit Angstzufällen, die insbesondere, wenn derartige Kranke unter einer großen Anzahl von Mitkranken verweilen, sich sehr lange hinziehen und zu häufigen unnützen Wiederholungen von Aufregungszuständen führen. — Bei dem Entwurf der Gebäude für die Isoliertrakte hat aber der Irrenarzt nicht die niedrigste oder mittlere, sondern die höchste Ziffer der Krankenbewegung ins Auge zu fassen, wenn er nicht bei stärkerer Aufnahme zwei Kranke in eine Zelle geben oder bei erst teilweise Beruhigten wegen Mangel an Raum die noch weiter notwendige Isolierung aufgeben will."

Ihre Bedeutung als wesentlich fortschrittliches Moment in der Geschichte der Isolierung und in der Hebung des wissenschaftlichen Niveaus der Psychiatrie überhaupt erhalten die Ausführungen Schlagers vor allem dadurch, daß er den therapeutischen Faktor der Isolierung ganz in den Vordergrund stellt. Vom Begriff der Zellen lockert sich immer mehr das Merkmal des Zwangsmäßigen, polizeilich Disziplinären, verdrängt von der Idee, daß die Zelle in der Hand des Sachverständigen im strengsten Sinne des Wortes vor allem eine therapeutische Wirkung hat. „Gerade in Bezug der Zahl der Isolierungen ist eine Reform der baulichen Einrichtungen der Irrenanstalten im Interesse der Geisteskranken dringend erforderlich, weil nur durch die Benützung einer rationell angewandten Isolierung die Krankheitsdauer abgekürzt und so dem Kranken unnötige, für ihn jedenfalls schädliche Protrahierung seiner Aufregung erspart werden kann. Daß die Abkürzung der mittleren Behandlungsdauer Geistesgestörter nicht nur für diese in Bezug ihrer Erwerbsfähigkeit, sondern auch speziell für den Staatsschatz von wesentlichem Belang sei, bedarf wohl keiner

weiteren Auseinandersetzung. In dieser Beziehung stehen aber mittlere Behandlungsdauer und Anzahl der Isolierungszellen in einer Irrenanstalt in einem sehr gewichtigen Zusammenhang.“

Dr. Stolz[3]) (Zeitschrift 25) nimmt in seinem Bericht über die allmähliche Beseitigung des mechanischen Zwangs in der Irrenanstalt zu Hall gelegentlich Stellung zur Isolierung: „Mein Bestreben besteht darin, den mechanischen Zwang auf das wahre ihm gebührende Minimum zurückzuführen und dafür bin ich aus tiefster Seele begeistert.“ Wir können in diesen Ausführungen schrittweise verfolgen, wie der Zelle das kulturelle Verdienst gebührt, dem mechanical restraint den Boden entzogen zu haben. „Die Verteidiger des mechanischen Zwanges behaupten, daß nur der Zwangsspenser und der Zwangsstuhl allein imstande seien, die übermäßig vermehrte Muskeltätigkeit erfolgreich zu bekämpfen und vor Krafterschöpfung den Patienten zu schützen. Ich habe mir Mühe gegeben, tobende Geisteskranke teils in ihrer Beschränkung mit der Jacke, teils im Zwangsstuhl genau zu beobachten. Ich sah ihre unausgesetzten Versuche, sich des Zwangsmittels zu entledigen, ich sah ihre rastlosen Bewegungen im engen Raum; ich sah diese Beschränkten größtenteils mit Schweiß überronnen und fand, daß ihre Beruhigung erst mit der Erschöpfung der Kräfte eintrat. Abgesehen davon, daß bei heftig Tobenden das Zwangsmittel, wenn es nicht vergeblich sein soll, ein ziemlich enges sein muß, bildet schon die Überwältigung des Kranken und die Hineinbringung desselben in das Zwangsgerät eine schwere, erbitternde und mitunter nicht gefahrlose Prozedur, wogegen die Abführung in ein passendes Isolierzimmer eine verhältnismäßig leichte Sache ist. Mochte auch der Tobende in dem Isolierzimmer sich noch so heftig geberden, so fand ich doch selten an ihm eine

solche Erhitzung und einen so allgemeinen Schweißausbruch, wie ich ihn bei Tobenden in der nötigen, engen Beschränkung gesehen habe. Wenn die Beruhigung des Tobanfalles in der Isolierzelle in der Regel etwas später eintritt als in dem Zwangsgerät, so ist es ein Beweis, daß der Aufenthalt in einer Isolierzelle weniger aufreibend wirkt als der im Zwangsgerät. Die Verletzungen, welche sich der Tobende durch seine exzessiven Muskelbewegungen in der Isolierzelle beibringt, sind in der Regel von geringer Bedeutung, als da sind: leichte Kontusionen, Hautabschürfungen u. dergl. und stehen in keinem Verhältnis zu den Folgen einer längeren Beschränkung, als da sind: Brandstellen an denjenigen Teilen, welche durch das Zwangsgerät einem Druck unterliegen, Paralysen und Sehnenverkürzungen, welche oftmals nicht ohne Folgen für das ganze Leben bleiben." Freilich verrät sich Stolz noch als Kind seiner Zeit, wenn er für Kotschmierer, Kotesser und Onanisten die Zelle empfiehlt, wenn er auch möglichst genaue Beaufsichtigung der Absetzung der Exkremente und die Verminderung der Einzelhaft empfiehlt. Es ist ihm auch hier lediglich darum zu tun, den mechanischen Zwang als Behandlungsmodus derartiger Zustände mit Recht zu diskreditieren. Dieselben Vorschriften gibt er für zerstörungssüchtige Kranke. „Während der größten Heftigkeit der Aufregung habe ich auch einige Stunden hindurch Kranke, welche sich gewaltsam der Kleider entledigten oder selbe wütend zerrissen, ohne Kleidung d. i. nackt in der Zelle gehen lassen, aber immer sobald es nur einigermaßen anging, ihnen wieder Kleider gegeben." Gepolsterte Zellen hat die Anstalt zu Hall nicht. Nur zweimal während der zwölfjährigen Periode stellte sich das Bedürfnis bei Männern heraus, welche anhaltend mit dem Kopf gegen die Wand stießen. Bezüglich der Isolierung (Einzelhaft) der Geistes-

kranken sind nach Stolz keine statistischen Aufzeichnungen in der Irrenanstalt zu Hall bis jetzt vorgenommen worden. Im allgemeinen fand die Isolierung von da ab seltener und kürzere Zeit hindurch statt, als während der Herrschaft der Zwangsmittel.

Dr. Hergt[15]), Illenau gibt uns 1877 wichtige Aufschlüsse über die Methode der Isolierung. Die Anschauung, daß die Isolierung der Geisteskranken nicht nur eine Wohltat, sondern ein mächtiges Heilmittel bedeutet, hat sich zu grundsätzlicher Bedeutung verdichtet. Sie ist schon so reif geworden, scharfe Selbstkritik zu üben, welche ihre Gegengründe vorurteilsfrei aus der Beobachtung schöpft, daß die Zellenbehandlung schaden kann und immer schaden wird, wenn sie in den Tag hinein angeordnet wird und ihr nicht die wohlbedachte Vorstellung einer therapeutischen Indikation, sei sie direkt, sei sie relativ zugrunde liegt. „Die Isolierung störender Kranken ist oft das einzige Mittel, eine Wohltat für beide Teile. Wir haben nicht das Recht, durch Gehenlassen den uns anvertrauten Kranken ein Leid zufügen, sie in ihrer Genesung beeinträchtigen zu lassen, während wir verpflichtet sind, ihren Aufenthalt behaglich zu machen, alles zu ihrer Genesung beizutragen. Anerkannt ist die Isolierung als allmächtiges Heilmittel. Aufgeregte Kranke, denen alle äußeren Eindrücke Veranlassung zu Aufregung und Steigerung der Unruhe sind, solche, die in weiterem Spielraum durch maßlose Bewegungen sich erschöpfen, deren Wahnvorstellungen oder krankhafte Richtungen sie in Konflikt mit der Umgebung versetzen und dadurch beständige oder häufige Reizzustände hervorrufen, bedürfen der Isolierung. Auch für den sehr aufgeregten und unruhigen Melancholiker, der beständig dem Drange gehorcht, seinem Affekte und seinen herrschenden Vorstellungen vor anderen Ausdruck zu geben, ist die Isolierung ein beruhigendes Mittel. Aber die Isolierung ist

auch ein zweischneidiges Schwert. Es ist gar keine Frage, daß in einigen wenigen Fällen eine länger fortgesetzte Isolierung einen unerläßlichen Hauptteil der zur Genesung führenden Behandlung bildet. Immer wiederkehrende Rückfälle nach erfolglosen Versuchen ihrer Aufhebung und endlicher Genesung nach sorgfältiger Durchführung haben es bewiesen. In der Mehrzahl der Fälle ist ein Wechsel, zeitweise Isolierung, deren Eintritt und Dauer nach Umständen und Erfolg bemessen wird, zuträglich; ein für die Reizbarkeit der Kranken bemessender Takt führt in Verbindung mit Benutzung der genauen Kenntnis des Kranken und seiner Umgebung oft zum Ziel. Zu frühe, zu vollständige und anhaltende Erweiterung des Verkehrs kann beklagenswerte Rückfälle veranlassen. Mitunter führt auch die zur richtigen Zeit ausgeführte unmittelbare Versetzung in einen ruhigen Kreis zu überraschendem Erfolge. Manche der Konvaleszenz entgegengehende, im Bewußtsein noch geschwächte Kranke erheben sich in Gesellschaft der Gestörten schneller als in einem intelligenten Kreise, der durch Herbeiführung sich steigernder Konflikte sie in gereizten Zustand versetzt. Zu lange fortgesetzte Isolierung kann nicht wieder gut zu machenden Schaden bringen. Es ist notwendig, immer wieder Versuche ihrer Aufhebung zu machen. In dem Übergangsstadium der Tobsucht, in welchem Schwäche mit Reizbarkeit, Gereiztheit, Sinnestäuschungen vorwaltet, ist die richtig geleitete, allmählich in Zeit und Umfang ausgedehntere Aufhebung der Isolierung besonders wichtig. Daß dem isolierten Kranken besondere Beaufsichtigung zuteil wird und das Streben, seine Lage möglichst behaglich zu machen unterstützt die Wirksamkeit dieser Maßregel mächtig."

Es sei hier darauf hingewiesen, wie die Zelle in ihrer Bewertung als Heilmittel wieder einen bedeutenden

Schritt vorwärts gemacht hat. Man lernt mit diesem Mittel geschickt zu experimentieren, seine Dosierung in den feinsten Nüancen zu variieren und man gewinnt so ein unschätzbares Mittel, um bei der Eindeutigkeit und pharmakodynamischen Konstanz der Isolierungstherapie aus der Wirkung auf den Patienten gewichtige Schlüsse zu ziehen, die sich wie kein anderes in der Psychiatrie gehandhabtes Medikament dazu eignen, der Diagnose dienstbar zu werden und über wichtige psychopathologische Probleme Aufklärung zu geben. Die Zelle legt sich in der fortschreitenden Ausbildung ihrer Methode immer mehr Kriterien eines echten und rechten Heilmittels zu. Wir lesen von Intoleranz, von Gewöhnung an das Mittel und sehen im weiteren Verlaufe seiner Geschichte, wie es die letzte Probe auf das Exempel besteht und, wie eben angedeutet, als ein Ex juvantibus mit anderen diagnostischen Hilfsmitteln in Konkurrenz tritt.

In diesem Sinne referiert Lähr[16]) auf der 34. Versammlung des psychiatrischen Vereins zu Berlin (im Jahre 1879) darüber, ob und wie weit der Zwang bei der ärztlichen Behandlung zulässig sei und streift dabei kurz die Zellenbehandlung: „Wir lassen ihm (dem Patienten) in der Anstalt die möglichste Freiheit, soweit sie mit der Ordnung derselben nicht in Widerspruch steht und führen die Ordnung ein, welche der Erfahrung nach für den Kranken heilsam ist. Wir werden von ihm selbst im akuten Stadium alle erregenden Momente möglichst fern halten, ihn isolieren, auch wenn er dies nicht will. Ist die Besonnenheit mehr zurückgekehrt oder überhaupt vorhanden, so wird neben der diätetischen Behandlung oft die direkt psychische Behandlung zur Geltung kommen.“ Lähr kann auf dieser Versammlung ohne Widerspruch soweit gehen, eventuell die Isolierung zwangsweise zu verordnen und er riskiert nicht mehr, wie mit dem Vorschlage, einem fieberkranken Kinde die rettende Arznei aufzuzwingen.

In der auf der 35. Versammlung[17]) dieses Vereins sich anschließenden Diskussion scheidet bei der eingehenden Untersuchung des No restraint die Isolierung als nicht zu den Zwangsmitteln gehörig vom eigentlichen Thema aus.

Schäfer, in der sich anschließenden Diskussion: „Für die Beurteilung der Anwendbarkeit dieser letzteren (Zwangsmittel im engeren Sinn) ist es von Wichtigkeit, daß ein Teil derselben von keiner Seite beanstandet werden kann, das sind die Beschränkungsmittel im weiteren Sinn des Worts, welche in den baulichen Einrichtungen jeder Anstalt, den Umzäumungen, Isolierzimmern u. s. w. gegeben sind; ferner kann es vorkommen, daß von dem ärztlichen oder Pflegepersonal der Anstalt bei dem Transport von Kranken mitgewirkt werden muß und daß es nicht anders, als durch mechanischen Zwang möglich ist."

Jastrowitz betont, daß niemand die Zelle als Zwangsmittel ansehe. Er führt weiter aus, die akuten Aufregungszustände seien gewöhnlich nicht von langer Dauer und was die chronischen angehe, so könne man, sobald bei Paralytikern oder Periodischen aggressive Tendenzen gegen sich oder andere hervorträten, dieselben in der Zelle beaufsichtigen lassen oder ihnen am Tag, besonders aber nachts durch Narkotika Ruhe verschaffen, die man mit aller Vorsicht in Anwendung ziehe. — Es ist hier von uns festzustellen, daß die Zelle in einem Kreise von den modernsten Ideen getragener Sachverständiger von dem Vorwurf, sie sei Zwangsmittel im strikten Sinn des Worts, sich emanzipiert hat.

Daß die Begründer der Wachabteilungen v. Gudden und Pätz die Isolierung übereinstimmend als eine notwendige Ergänzung ihres Behandlungsregimes forderten, daran sei hier kurz erinnert.

Hand in Hand mit der Ausbildung der Isolierungsbe-

handlung geht die Entwicklung der baulich organisatorischen und technischen Seite der Zelle. Man war mit allen Mitteln jeweils darauf bedacht, die Zelle so auszugestalten, daß sie ihrem Zwecke entspricht und man stellt vor allen Dingen jederzeit an sie die Anforderung, daß sie genügend solid war und dem Zerstörungstrieb und vor allem dem Selbstbeschädigungsdrang der Geisteskranken möglichst geringe Angriffspunkte bot. Die Unglücksstatistik der Isolierung und die zunehmende Vervollkommnung der Technik waren die Führer bei der Einrichtung der Zellen. Namentlich genügende Fenster und Türverschlüsse, Verglasung der Fenster, Fußboden und Wandbekleidung, Beleuchtung und Beheizung, genügende akustische und optische Isolierungsmittel waren in früheren Jahrzehnten Probleme, die sich an ebensoviel ärztlichen Takt als den praktischen technischen Sinn des Psychiaters richteten. Das Interieur der Zelle wechselt so im raschen Fluß und in ihrer Physiognomie widerspiegelt sich jeweils das ethische Niveau der Irrenpflege.

Wir erinnern kurz an die strong rooms und single rooms der Engländer, die nur mehr vereinzelt gebrauchten Polsterzellen, die Gummizellen der Laien, ferner die Gitterzellen, die wegen ihres käfigartigen Aussehens heute kaum mehr in Verwendung kommen, die von Schlager[18]) beschriebene Leinwandzelle, an die Referate von Fischer[19]) über die Polsterzelle, das rote und blaue Fensterlicht. In früheren Jahrzehnten waren die Kranken in den Zellen auf loses Stroh, Seegras, später auf Matratzen gebettet, oder sie waren tagsüber angekleidet oder nackt auf. Später waren Betten und sonstige Einrichtungen in der Zelle befestigt: heutzutage unterscheiden sich die am meisten zur Verwendung kommenden Isolierräume von ihrer vermehrten Stabilität abgesehen in nichts mehr von einem einfach eingerichteten

Einzelkrankenzimmer. Über bauliche Anordnungen werden wir durch die Statistik von Kreuser genügend informiert. (Dr. Kreuser, Schussenried, Über die notwendige Anzahl und die zweckmäßige Anlage und Einrichtung der Zellen an den öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten, Zeitschrift für Psychiatrie, L.") Sie gibt ein Resumé auf Grund einer großen an 50 Anstalten Deutschlands und der Schweiz gerichteten Enquête, die, wie der Titel besagt, sich in erster Linie mit der organisatorischen Seite der Zellenfrage befaßt, nicht ohne jedoch einen klaren Niederschlag der rein therapeutischen und aller andern Gesichtspunkte, die in die Isolierung hereinspielen, zu liefern. Die Arbeit mag als Abschluß der Zellenbehandlung für jene Periode ihrer Entwicklung gelten, im Verlauf derer die Isolierung unbestrittenes Hausrecht in deutschen Irrenanstalten hatte, bevor sie noch die Konkurrenz mit der Bettbehandlung und in zweiter Linie der Bäderbehandlung bestehen mußte und aus diesem heftigen Kampf mit Modifikationen ganz neuen Datums hervorging.

Die Entwicklung der Dinge gab Kreuser Unrecht, wenn er glaubte, ein Programm aufzustellen als Grundlage der ferneren Zellenbehandlung; seine Erhebungen bilden vielmehr eine rückblickende Denkschrift; die von ihm aufgestellten Forderungen blieben unerfüllt. Durch einen neu auftretenden Faktor, durch die Bäderbehandlung mußte sich die Zelle eine nicht unbeträchtliche Gebietsabtretung gefallen lassen.

Uns war es darum zu tun, darauf hinzuweisen, daß die Isolierung eine Entwicklungsgeschichte hat und daß ihre jeweiligen Gestaltungsphasen durch ein ununterbrochenes Band fortschrittlicher Entwicklung verknüpft werden. Allzu eifrige Förderer hypermoderner Richtung sind im Irrtum, wenn sie der Zelle nur die negativen Instanzen eines im

besten Fall gedankenlosen Festhaltens an Traditionen und antiquierter materieller Unzulänglichkeit zuschreiben, um, wenn die Vermutung erlaubt ist, ihren Nachkommen es zu überlassen, die elementare Bedeutung der Isolierung für die Therapie und Diagnose als ein Novum wieder auszugraben.

Wir glaubten, Gewicht darauf legen zu sollen, die einzelnen Autoren verbotinus selbst sprechen zu lassen, weil die feinere Differenzierung der therapeutischen Gedanken in den obigen Zeilen unter einer ausschließlich referierenden Wiedergabe leiden möchte.

Literatur.

1. Jahresversammlung des Vereins deutscher Irrenärzte zu Berlin am 22. und 23. April 1901 (Rede Jolly). (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psych.-gerichtl. Medizin, 1901, Bd. 58 S. 685.)
2. Lähr, Fortschritt? — Rückschritt? Berlin 1868, S. 38.
3. Stolz, Mechanischer Zwang (körperliche Beschränkung) bei der Behandlung der Geisteskranken und die allmähliche Beseitigung desselben in der Irrenanstalt zu Hall in Tirol. (Allg. Ztschr. 1868, Bd. 25 S. 519.)
4. Scholz, Über Fortschritte in der Irrenpflege. Leipzig 1894, S. 10 u. 11.
5. Parchappe, Des principes à suivre dans la fondation et la construction des asiles d'aliénés. Paris 1853, p. 92.
6. Pätz, Über die Einrichtung von Überwachungsstationen. (Allg. Ztschr. 1888, Bd. 44 S. 424.)
7. Klinke, Zur Geschichte der freien Behandlung und der Anwendung der Bettruhe bei Geisteskranken. (Allg. Ztschr. 1893, Bd. 49 S. 669.)
8. Jahresversammlung des Vereins deutscher Irrenärzte zu Baden am 16. u. 17. Sept. 1885. (Allg. Zeitschr. 1886, Bd. 42 S. 454.)
9. Neisser, Bemerkungen zur Frage der sogenannten zellenlosen Behandlung und einigen anderen einschlägigen Fragen. (Psychiatr. Wochenschrift 1902, Nr. 46 S. 455.)
10. Friedr. Falk, Studien über Irrenheilkunde der Alten. (Allg. Ztschr. 1866, Bd. 23 S. 549.)
11. Bericht über das britische Irrenwesen in Hinsicht auf Einrichtungen und Bauart der Irrenhäuser, auf Verwaltung und Heilkunde nach eigenen Anschauungen gegeben. Berlin 1848, Ref. Dr. Jessen. (Allg. Ztschr. 1849, Bd. 6 S. 100.)

12. Dick, Reiseskizzen: Über das „Non-restraint-System“ in englischen und die Beseitigung der Zellen in französischen Irrenanstalten. (Allg. Ztschr. 1856, Bd. 13 S. 353.)
13. Referat Dick, Behandlung der Irren ohne mechanischen Zwang von John Conolly, deutsch mitgeteilt von Dr. Brosius. (Allg. Zeitschr. 1862, Bd. 19 S. 506.)
14. Schlager, Über den Inhalt seiner von der kaiserlich leopoldino-karolinischen Akademie prämiierten Konkurrenzschrift. (Autoreferat, Allg. Zeitschr. 1861, Bd. 18 S. 108.)
15. Hergt, Einiges zur Behandlung der Seelenstörungen. (Allg. Ztschr. 1877, Bd. 33 S. 803.)
16. Lähr, Bericht über die 34. ordentliche Versammlung des psychiatr. Vereins zu Berlin am 15. März 1879. (Allg. Ztschr. 1880, Bd. 36 S. 597.)
17. Bericht über die 35. Versammlung des psychiatr. Vereins zu Berlin am 16. Juni 1879. (Allg. Ztschr. 1880, Bd. 36 S. 615.)
18. Schlager, Die sogenannte Leinwandzelle zur Isolierung von zur Selbstschädigung geneigten Geistesgestörten. (Allg. Ztschr. 1883, Bd. 39 S. 321.)
19. Fischer, Über Polsterzellen. (Allg. Ztschr. 1884, Bd. 40 S. 283, 1880.)

Lebenslauf.

Gückel, Hans geb. am 28. Juli 1876 in Bamberg, besuchte dort das Gymnasium und studierte Medizin in München, Würzburg und Erlangen, und unterzog sich hier 1902 dem ärztlichen Staatsexamen.